**証明書交付申請書**

令和　　年　　月　　日

気仙沼市立病院附属看護専門学校長　殿

下記により証明書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日　生 |
| 卒　業　年　度 | 昭和・平成・令和　　　　　　　　　　年度 |
| 証　明　書  （希望枚数を記入） | 成　績　証　明　書　　　　　　通  卒　業　証　明　書　　　　　　通 |
| 提　出　先 | ※**提出先の正式名称，係や部署名を必ず明記すること。** |
| 書　類　提　出　日 |  |